

# Kranz Psychological Services, PLLC

## Evaluaciones - Consejería

3118 H G Mosley Pkwy, Longview, TX 75605  
Oficina: (903) 200-1433 Fax: (903) 405-4047

### FORMA DE NUEVO CLIENTE

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ está usted en servicio activo o es veterano: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(calle y número) (ciudad) (estado) (codigo postal)

Telefonos del Cliente:

Casa: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensajes?  Si  No

Celular: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensajes?  Si  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensajes?  Si  No

**SI EL CLIENTE ES UN MENOR DE EDAD, NOMBRE LOS PADRES O TUTORES LEGALES:** \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### SI LOS PADRES SON DIVORCIADOS O SEPARADOS POR FAVOR LLENE ESTA SECCIÓN:

Quien tiene la custodia legal: \_\_\_\_\_

¿Hay algunas restricciones legales para el padre que no tiene la custodia del menor para autorizar tratamiento o para obtener información acerca del tratamiento del menor?  Si  No

Si la respuesta es si, por favor explique y **proporcione una copia de los documentos legales que avalan esta restricción:**

Quien lo refirió a nosotros / Consejero que lo refirió: \_\_\_\_\_

Que servicios está buscando:  Evaluación Psicológica  Consejería

Información de la aseguradora (por favor proporcione una copia de su tarjeta de aseguradora):

Nombre de la persona en la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de la persona en la póliza: \_\_\_\_\_  
(calle y número) (ciudad) (estado) (codigo postal)

Por favor describa el problema que quiere tratar. Si está buscando consejería, por favor escriba la razón que lo trajo a nosotros:

---

---

---